**FICHE DE LIAISON** **-**  **APICIL 2025**

**Date :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Structure Partenaire**  **Prescripteur**  **Nom du référent :**  **Adresse :**  **Tél :**  **Mail :** | **DESTINATAIRE**  **Les Ateliers du Présent**  65 rue Voltaire – 69003 LYON  Tél : 04 37 48 04 19  Mail : lesateliersdupresent@orange.fr |
|  |  |
| **PARTICIPANT** | |
| NOM : …………………………………………….  **Nom de naissance** : ……………………………… | PRÉNOM : ……………………………………………… |
| Date de naissance : ……………………………………. | Tél :…………………………………………………….. |
| Adresse : …………………………………………………………………………………………  Mail : ……………………………………………………………………………………………… | |
| **N° SS** :  Mutuelle / Prévoyance : | |
| AAH  RQTH  PI  Autre (Précisez) :  Arrêt maladie    **Date Entrée dans l’action**:  Jusqu’au :  Inscrit au Pôle Emploi ?  oui  non Si oui lequel ? N° identifiant :  **Contrat RSA ?  oui  non**  **Contrat IER ?  oui  non** | |
| OBJET DE LA DEMANDE : | |
| **Rendez-vous fixé le** *(à remplir par les ADP)* : **à : avec :** | |
| RETOUR SOUHAITÉ :  OUI NON | |